

LE CANCER DU COLON GAUCHE AU CHU DE BRAZZAVILLE. RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

ELE N¹, OKIEMY G², LEBEAU R³, NKOUA- MBON J.B.⁴, MBOMBI PANDI RI¹, MASSENGO. R¹.

1) Service de chirurgie digestive CHU de Brazzaville 2) Service de chirurgie polyvalente CHU de Brazzaville 3) Service de chirurgie générale et digestive CHU de Bouaké 4) Service de carcinologie CHU de Brazzaville

Tirés à part. Dr ELE Narcisse CHU de Brazzaville B.P. 13541 Brazzaville (Congo)

E.mail. aristelne@yahoo.fr Téléphone. (00242) 668 45 89

Résumé :

Objectif : Le but de ce travail était d'analyser les résultats du traitement chirurgical du cancer du colon gauche.

Patients et méthodes.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été réalisée dans le service de chirurgie digestive du CHU de Brazzaville de Janvier 1999 au 31 Décembre 2004, 27 patients qui présentaient un cancer du colon gauche ont été opérés.

Résultats

Notre série comprenait 18 hommes (66,67%) et 9 femmes (33,37%). Le sex ratio était de 2.

Les suites opératoires ont été simples dans 63% (n=17) de cas et compliquées dans 37% (n=10) de cas, parmi lesquelles 7 cas de suppurations pariétales, 3 cas de choc.

La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 10 jours (18-25 jours).

Mots clés : cancer - colon gauche - chirurgie.

LEFT COLIC CANCER AT BRAZZAVILLE TEACHING HOSPITAL. RESULTS FROM SURGICAL TREATMENT.

Abstract.

Aims: to examine the results from the surgical treatment of left colic cancer.

Patients and method

It is about a retrospective study which has been undertaken in the digestive surgical unit of Brazzaville teaching hospital from January 1999 to October 2001. 18 patients who had a left colic cancer have undergone operated.

Resultats.

Our series included 18 men (66, 67%) et 9 femmes (33, 33%). The sex ratio was 2. The surgical after effects were simple in 63% (n=18) cases and complicated in 37% (n=10) cases, one case parietal suppuration. The overage time of hospitalization was about 10 days.

Keys words: cancer- left colic- surgery.

Introduction

Le cancer du colon représente dans certains pays 25% de l'ensemble des cancers digestifs, et la moitié des cancers colorectaux. [1,2]. Le cancer du colon gauche est une affection évoluant à bas bruit et se révélant généralement à un stade avancé ou encore par des complications [3]. Le traitement de première intention du cancer du colon est chirurgical [4], cette chirurgie nécessite une préparation préopératoire bien codifiée et une résection carcinologique de qualité [4].

La qualité de la chirurgie influence la morbi-mortalité opératoire, mais également le risque de récurrence locale, et la survie [4]. Le but de cette étude était d'analyser les résultats du traitement chirurgical du cancer du colon gauche.

Patients et Méthodes.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été réalisée dans le service de chirurgie digestive du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville du 1^{er} Janvier 1999 au 31 Décembre 2004, soit une période de 5 ans. 27

patients qui présentaient un cancer du colon gauche avaient été opérés, le diagnostic du cancer avait été établi sur la base de la symptomatologie clinique, du lavement baryté, des examens endoscopiques avec biopsies, et résultats histologiques.

Les critères d'inclusions de notre étude :

Tous patients porteurs d'un cancer du colon gauche ayant eu un lavement baryté, une endoscopie digestive basse, avec biopsies, et résultats histologiques, et ayant été opéré.

Les critères d'exclusion :

Tous les patients qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ont été exclus de notre étude.

La préparation intestinale reposait sur une bonne vidange intestinale associant un régime sans résidu, des laxatifs et des lavements évacuateurs et une antibiothérapie à base de métronidazole et de tilbroquinol. A l'induction une antibiothérapie à base d'amoxicilline associée à de l'acide clavulanique en I.V. était prescrite en pré, per, et post opératoire.

La voie d'abord utilisée était une longue médiane sus et sous ombilicale, après une exploration complète de la cavité abdomino pelvienne, on appréciait le siège, l'extension locale de la tumeur et l'existence d'éventuelles métastases. Ces constatations peropératoires permettaient de choisir le type d'intervention. Soit une chirurgie d'exérèse curative élective, après ligature première des vaisseaux suivie d'une exérèse en bloc des mésos, du colon, des pédicules vasculaires et des ganglions lymphatiques, avec un rétablissement de la continuité colique en un temps. La longueur des marges de résection colique était de 5 cm, une colectomie segmentaire était réalisée ainsi qu'une hémicolectomie gauche.

En urgence on réalisait une sigmoïdectomie avec colostomie iliaque gauche et fermeture du moignon rectal, (intervention de Hartmann) le rétablissement de la continuité colique était réalisé après trois mois. Le recueil des données avait été fait par le logiciel Epi info version 6.04, et les tests statistiques de Khi 2 avaient été utilisés selon la loi de Pearson et Yates.

Résultats.

Notre série comprenait 18 hommes (66,67%) et 9 femmes (33,33%), le sex ratio était de 2. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 41-60 ans (62,97% ; n=17). L'âge moyen des patients étaient de 55 ans (extrêmes 25-74 ans). Sur le plan thérapeutique 66,67% (n=18) des patients avaient bénéficié d'une chirurgie élective et 33,33% (n=9) avaient été opérés en urgence.

Tous les patients avaient été opérés sous anesthésie générale, et la voie d'abord utilisée était une médiane sus et sous ombilicale. Sur le plan technique 77,78% (n=21) des patients avaient bénéficié d'une colectomie de type Hartmann, 18,52% (n=5) d'une colectomie segmentaire avec rétablissement de la continuité, 3,7% (n=1) d'une hémicolectomie gauche.

15% (n=4) de patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie complémentaire à base de 5 fluorouracil et d'acide folinique (protocole fufol).

Les suites opératoires avaient été simples dans 63% (n=17) de cas et compliquées dans 37% (n=10) de cas.

Parmi les complications nous avons relevé 25,90% (n=7) de suppuration pariétale, 11,10% (n=3) d'état de choc qui avaient été traitées avec succès par une réanimation hydro électrolytique énergique associée aux antibiotiques. La mortalité post opératoire était de 22,22% (n=6). Les causes principales de décès étaient un choc septique dans la moitié de cas et un choc hypovolémique dans l'autre moitié.

Discussion

Notre série comprenait 66,67% (n=18) d'hommes et 33,33% (n=3) de femmes, la prédominance masculine est nette avec un sex ratio à 2. Takongmo et Coll [5] retrouve un sex

ratio à 2,5. Le sex ratio varie de 1,4 et 1,8 selon le département [6]. L'âge moyen de nos patients était de 55 ans, Brunet et Coll retrouvent un âge moyen à 69 ans [7]. 66,67% (n=18) de nos patients ont été opérés en chirurgie élective et 33,33% (n=9) en urgence. Parmi les patients opérés en urgence il y'avait 8 cas d'occlusion intestinale et 1 cas de perforation colique in situ. Guivarc'h et Coll [8] retrouvent 70 à 82% de cancers coliques occlusifs dans leur série. Selon Fabre et Coll [4], 6 à 12% des cancers du colon sont compliqués de perforation, et ces perforations siègent préférentiellement sur le colon gauche.

Tous les patients de notre série, opérés en urgence ou en chirurgie élective ont bénéficié d'une réanimation hydro électrolytique associée à une antibiothérapie, la plupart des auteurs approuvent l'intérêt de cette réanimation préopératoire c'est le cas de Millat [9], Dia [10] et Meyer [11].

Tous nos patients ont été opérés sous anesthésie générale, la voie d'abord utilisée était une médiane sus et sous ombilicale. Selon le siège de la tumeur notre série retrouve 37,03% (n=10) de cancer du colon sigmoïde, 25,97% (n=2) de cancer de colon descendant, et 25,97 (n=7) de cancer de la jonction recto sigmoïdienne. Barth et Coll, [12] ainsi que Brunet et Coll [7] retrouvent des fréquences se rapprochant des nôtres. Sur le plan technique 77,78% (n=21) des patients ont bénéficié d'une colostomie de type Hartmann et 22,22% (n=6) d'une colectomie segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité, et d'une hémicolectomie gauche. Dia et Coll [10] dans une série, retrouvent 50% des patients opérés selon l'intervention de Hartmann. Malgré les avantages théoriques attribués à l'intervention de Hartmann (éradication du sepsis, histologie de la pièce, absence de fistule anastomotique), celle-ci est considérée par certains auteurs comme source d'une morbidité trop importante (de 5 à 20%) par rapport à la résection anastomose protégée, et ce pour une mortalité comparable (de 2 à 3%).

Un délai de 15 semaines avant rétablissement après Hartmann diminuerait le nombre de plaies du grêle en raison de la résorption relative des adhérences, mais sans changer la fréquence des fistules [13]. Selon Fabre et Coll [4] l'intervention de Hartmann doit être si possible évitée, car le rétablissement de la continuité est parfois difficile et environ 30% des patients ne sont jamais rétablis du fait des tares associées [14,15]. Les suites opératoires ont été simples dans 63% (n=17) de cas et compliquées dans 37% (n=10) cas. Parmi les complications nous avons relevé 25,90% (n=7) de suppuration pariétale, 11,10% (n=3) d'état de choc qui ont été jugulés par une réanimation hydro électrolytique associée aux antibiotiques.

La mortalité post opératoire à été de 22,22% (n=6) dans notre série. Selon Lombart-Platet et

Barth, la mortalité opératoire globale varie de 1 à 10% selon les séries [5].

Le risque opératoire est nettement accru en cas de complications aiguës, 36% dans les occlusions et 47,5% dans les péritonites par perforations [12]. La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 18 jours (extrêmes 10-25 jours).

En chirurgie colorectale, la qualité des soins et la surveillance post opératoire contribuent pour une part importante au succès final de l'intervention. L'objectif de la surveillance est de dépister le plus tôt possible la survenue d'éventuelles complications, et celui des soins post opératoires est de les prévenir, de les traiter et aussi d'atténuer la douleur, d'accélérer la réhabilitation et de réduire la durée moyenne du séjour hospitalier [19].

Conclusion.

Le cancer du colon gauche est une affection grave souvent diagnostiquée à un stade tardif à cause de sa latence. Le pronostic de ce cancer ne peut être amélioré que par un diagnostic précoce, d'où la nécessité de surveiller les patients à haut risque. Le traitement du cancer du colon ne peut se concevoir que dans une stratégie pluridisciplinaire associant la chimiothérapie et la radiothérapie à la chirurgie.

Références.

- 1- Benhamiche AM. Cancer du colon : épidémiologie descriptive et groupe à risque élevé : Gastroenterol Clin Biol 1998 ; 22 : S₃-11.
- 2- Lombard-Platet, Barth X. Cancer du colon. Editions techniques Encycl.Med.Chir. (Paris France), Gastroenterologie, 9-068-A-10, Cancérologie, 1993,60-9-050-A-10,11p.
- 3- NGema-Mve.R, Graesslin O. Le cancer du colon à l'hôpital de Melen (Gabon). Med.Afric.Noire, 1995, 42 (8/9), 452-455
- 4- Fabre E, Spano J.P, Atlan D, Broud A.C, Mitry E, Paris Y, et al. Le cancer du colon : mise au point Bull Cancer, Supplement FMC 2000 ; 4 : p5-20
- 5- Takongmo S. Essame-Oyono JL, Binam F, Sadou, Malonga E. Les cancers colorectaux du sujet de moins de 40 ans à Yaoundé : des particularités anatomo-cliniques Med.Afric.Noire 2000 ; 47(2), 101-104
- 6- Faivre J. Epidémiologie du cancer colorectal. Perspectives de prévention Rev.Prat. 1994, 44, 2683-2687.

7- Brunet C, Thirion Z, Grégoire R, Farisse J. Occlusions par cancers coliques : traitement en urgence (62 cas) J. Chir 1995, 32, 30-33

8- Guivarc'h M, Boche O, Rouillet JC, Audy JC, Mosnier H. Soixante une occlusions aiguës du colon par cancer. Indication chirurgicale en urgence Ann.Chir. 1992, 46, 3, 239-243

9- Millat B, Guillon E. Physiopathologie et principe de réanimation des occlusions intestinales Rev. Prat. 42, 6, 667-672

10- Dia A, Bad, Fall B, NDiayem, Tourel T, Sow ML. et al. Les occlusions coliques: Etude rétrospective à propos de 62 cas Dakar Médical 1993, 38, 23-26

11- Meyer Ch, Manzini N, Rohn B. "Comment je traite" le cancer du colon en occlusion. M.C.D, 1994, 23, 7, 403-404

12- Barth X, Lanoviron A, Repellin P, Spay G, Dargent J, Lombard-Platet R. Les occlusions aiguës par cancer colique, analyse d'une série de 163 observations. Lyon Chir 1990; 86, 1, 12-17.

13- Keck J.O, Collopy BT, Ryan PJ, Fink R, Mackay JR, Woods RJ. Reversal of Hartmann's procedure: effect of timing and technique of ease and safety. Dis colon Rectum 1994; 37: 243-8.

14- Pain J, Cahill J. Surgical options for left-sided large bowel emergencies. Ann R Coll Surg Engl 1991; 73: 394-7

15- White CM, Macfie J, Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. Dis colon Rectum. 1985; 28: 155-9

16- Alves A, Panis Y, Trancart D, Refimbeau JM, Pocard M, Volleus P. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate analysis of 707 patients world J Surg 2002 ; 26:499-502

17- Moran BJ, Heald RJ. Anastomotic leakage after colorectal anastomosis. Semin Surg Oncol 2000; 18: 244-8

18- Barth X, Fournier R, Padet.J, Vignol J, Lombard-Platet R. Les perforations coliques en péritoine libre d'origine néoplasique choix thérapeutique à propos de 40 observations. Chirurgie 1988 ; 114 : 663- 667

19- Pellisier EP, Surveillance, soins postopératoires et dépistage précoce des complications postopératoires en chirurgie colorectale In : Manton G, Paris Y. Mortalité et morbidité en chirurgie colorectale Courty, Arnette, 2003 p145-146

Tableau I. Répartition du cancer selon le siège

Siège	Nombre de cas	Pourcentage
Colon transverse gauche	1	3,70%
Angle colique gauche	2	7,41%
Colon descendant	7	25,93%
Colon sigmoïde	10	37,03%
Charnière recto-sigmoïdienne	7	25,93%
Total	27	100%

Tableau II. Répartition du cancer selon le type de tableau clinique

Type de tableau	Nombre de cas	Pourcentage
Typique	18	66,60%
Compliqué	9	33,34%
Total	27	100%